

# REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- PRINCIPAIS ESCOLHAS DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO, EM SALVADOR - BA
- ANTICONCEPÇÃO EM ADOLESCENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA
- FIBROMA OVARIANO BILATERAL EM ADOLESCENTE: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA



SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA  
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
FUNDADA EM 03/10/95





## SUMÁRIO

EDITORIAL ..... 2

### ARTIGO ORIGINAL

Principais escolhas de métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em serviço especializado, em Salvador - BA .....3

### ARTIGO DE REVISÃO

anticoncepção em adolescentes submetidas à cirurgia bariátrica .....10

### RELATO DE CASO

Fibroma ovariano bilateral em adolescente: relato de um caso e revisão da literatura .....17

## COMISSÃO EDITORIAL

### EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

### EDITORES ASSOCIADOS

Álvaro da Cunha Bastos (In Memoriam)

Denise Leite Maia Monteiro (RJ)

José Maria Soares Júnior (SP)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

### CORPO EDITORIAL

Ariana Lipp Weissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbos Salomão (MG)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

José Domingues dos Santos Júnior (DF)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D Herter (RS)

Marcelino H Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha Machado (BA)

Marco Aurélio Knippel Galletta (SP)

Maria de Lourdes Magalhães (CE)

Maria Virginia Furkin Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Rosana Mar dos Reis (SP)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Zuleide Félix Cabral (MT)

## CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

### DIRETORIA EXECUTIVA

#### Presidente

José Alcione Macedo Almeida  
josealcione.almeida@gmail.com

#### Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli  
vrbagnoli@uol.com.br

#### 1º Secretário

João Bosco Ramos Borges  
drbosco@terra.com.br

#### 2º Secretário

Marco Aurélio Knippel Galletta  
mgalletta@uol.com.br

#### 1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida  
anacelia.demesquita@yahoo.com.br

#### 2º Tesoureiro

José Maria Soares Junior  
jsoares415hotmail.com

#### Diretora Científica

Albertina Duarte Takiuti  
albertinaduarte@ajato.com.br

## VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

### Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme  
martarehme@uol.com.br

### Região Sudeste

Denise Leite Maia Monteiro  
Monteirodenimontero2@yahoo.com.br

### Região Centro-Oeste

Zuleide Felix Cabral  
hzcabral@terra.com.br

### Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros  
romycaastro1@hotmail.com

### IN MEMORIAM

#### Álvaro da Cunha Bastos

*Idealizador, fundador e primeiro  
Presidente da SOGIA-BR.*

#### Cremilda Figueredo

*Sócia fundadora e nossa Delegada na  
Bahia em todas as gestões até seu falecimento  
em março de 2015.*

#### Jorge Andalaft Neto

*Sócio fundador e membro da  
Diretoria em duas gestões.*

#### Fernando Cesar de Oliveira Filho

*Sócio fundador e membro da  
Diretoria por duas gestões.*

#### Jorge Andalaft Neto: Sócio fundador

*Segundo Tesoureiro gestão 2006-2010.*

#### Fernando Cesar de Oliveira Junior

*Sócio Fundador. Segundo Tesoureiro gestão 2010-2014.*



Caros leitores.

Nosso Editorial nesta edição é uma reprodução de matéria da FEBRASGO, que consideramos oportuna para o momento.

**José Alcione Macedo Almeida - Presidente da SOGIA-BR**

## NESTE 7 DE ABRIL, DIA MUNDIAL DA SAÚDE, FEBRASGO ALERTA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO



# EDITORIAL

A primeira visita ao ginecologista há algum tempo tinha foco nas orientações sobre a menarca, o início da vida sexual e sobre anticoncepção. Atualmente a consulta ocorre, sendo uma das primeiras informações, a prática sexual sem proteção. Na sequência, queixas genitais relacionadas a atividade sexual e suspeita ou constatação de gestação indesejada. Procedimentos singelos, como o não uso do preservativo e de outros métodos anti-conceptivos têm refletido no aumento das taxas de gravidez precoce, com desfechos, muitas vezes, dramáticos. Segundo relatório divulgado no ano passado pela Organização Mundial de Saúde, milhares de adolescentes morrem por dia no mundo em decorrência de problemas no parto. Os riscos se estendem às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo as infecções virais pelo HPV e HIV.

Para o presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Etelvino Trindade, este 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, é uma data importante para reforçar a importância da prevenção. “É preciso disseminar informações sobre a necessidade da prevenção que inclui o uso do preservativo, masculino e feminino. Com esse cuidado simples, doenças podem ser evitadas. Associado a isso, as orientações sobre o uso de contraceptivos seguros. As informações e os esclarecimentos constituem parte da boa prática médica, devem ser transmitidos pelos médicos e promovem o envolvimento e participação da sociedade”, diz.

Dr. Trindade faz referência ao aumento da sífilis no Brasil, que, de acordo com dados do Ministério da Saúde, é quatro vezes mais frequente nas gestantes do que a infecção pelo HIV. “Após confirmada a gravidez é preciso que as mulheres tenham consciência do acompanhamento pré-natal, onde é feito o teste para sífilis que, se detectada e tratada, evita que o bebê nasça com graves problemas de saúde”, destaca o especialista.

As recomendações preventivas também incluem a vacinação contra o HPV para meninas de 11 a 13 anos estendendo dos 9 aos 26 anos, pois a imunização ajuda a prevenir casos de câncer de colo do útero. Embora a vacinação previna, o preservativo continua sendo indispensável, principalmente quando o sexo não é seguro. “A meta de vacinação estabelecida pelo governo tem sido abaixo do esperado e está sendo fornecida a segunda dose da vacina contra o HPV. Cabe a nós, médicos, auxiliar no esclarecimento para a adesão das meninas e das famílias”, orienta Trindade.

Dr. Etelvino Trindade alerta que é preciso, também, as mulheres saberem da importância do exame de detecção do HIV, pois o tratamento precoce ajuda a evitar o desenvolvimento do vírus. A finalidade é ter mais qualidade de vida. Não é somente detectar o vírus. Ainda cresce a necessidade da adesão ao tratamento.

Estudo divulgado neste 7 de abril de 2015 pela revista científica Public Library of Science (PLOS) está abordando esse assunto. Pesquisadores da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, avaliaram mais de 50 mil pacientes soropositivos em 111 países e constataram que um pequeno grupo de mutações virais, responsáveis pela maioria dos casos de resistência ao tratamento, está relacionado ao uso descontinuo dos medicamentos. Vale lembrar que no Brasil cerca de 734 mil pessoas são portadoras do vírus HIV. Destas, 589 mil estão diagnosticadas e, dentre elas, somente 404 mil aderiram ao tratamento.

“O que preocupa não é apenas a descoberta da doença para o correto tratamento, mas as pessoas que têm o HIV e deixam de tomar os antirretrovirais. São quase 200 mil pessoas, no Brasil, que sabem da condição de serem soropositivas, mas ainda não buscaram ajuda especializada. O cenário precisa mudar. É preciso investir em campanhas imediatas de saúde para a população”, finaliza Etelvino Trindade.



# PRINCIPAIS ESCOLHAS DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO, EM SALVADOR – BA

## *MAJOR CHOICES CONTRACEPTIVE METHODS OF ADOLESCENTS SERVED IN SERVICE SPECIALIZING IN SALVADOR - BA*

MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA<sup>1</sup>, MARESSA DOS SANTOS NOVAIS<sup>2</sup>, E MÁRCIA SACRAMENTO CUNHA MACHADO<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A contracepção na adolescência tem ganhado considerável visibilidade em decorrência principalmente da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), gravidez na adolescência e início precoce da vida sexual. Vários são os fatores que influenciam na escolha dos métodos contraceptivos, sendo os principais de ordem sócio cultural, e também situacional e individual.

**Objetivo:** Avaliar as principais escolhas de adolescentes atendidas em serviço especializado em relação aos métodos contraceptivos que fazem uso.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo a partir da análise dos prontuários das pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência (SEGIA), no período de 2010 a 2012. Trata-se de um serviço de atendimento ginecológico do Sistema Único de Saúde (SUS) exclusivo para crianças e adolescentes, que funciona no Ambulatório Docente Assistencial de Brotas (ADAB), vinculado a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), em Salvador - Bahia. Os dados analisados neste estudo incluem idade, grau de escolaridade, idade da menarca, padrão do ciclo menstrual, idade da iniciação sexual, padrão sexual e método anticoncepcional em uso.

**Resultados:** Foram avaliados prontuários de pacientes, com média de idade de 15,44 anos. A idade média da menarca das adolescentes foi de 11,8 anos, com predominância de ciclos menstruais referidos como regulares (58,9%), e de duração média do fluxo de 5,33 dias, com 83% das pacientes referindo presença de sintomas associados. Sobre o perfil sexual, foi observada idade média da iniciação sexual de 14,8 anos e média de parceiros na vida de 1,88. A análise do padrão de uso dos métodos anticoncepcionais revelou 65% das adolescentes com uso irregular. Em relação ao método habitualmente utilizado, a maioria relatou associação de anticoncepcionais orais (ACO) e preservativo masculino (50,65%), 16,88% referiram apenas ACO e 10,39% a associação de ACO, preservativo masculino e método hormonal injetável.

**Conclusão:** No presente estudo, houve predominância do uso associado de ACO e preservativo masculino como escolha de método contraceptivo entre as adolescentes. Isso pode denotar a conscientização dessas jovens sobre a dupla proteção, demonstrando preocupação tanto com a prevenção de gravidez, quanto de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

**Palavras chaves:** Adolescência, métodos anticoncepcionais.

## ABSTRACT

**Background:** Contraception in adolescence has gained considerable visibility mainly due to the epidemic of Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV / AIDS), teenage pregnancy and early sexual debut. There are several factors that influence the choice of contraceptive methods, and the main socio-cultural, but also situational and individual.

**Objective:** Evaluate the main choices of teenagers attending a specialized service in relation to contraceptive methods that make use.

**Methods:** It was conducted a retrospective study from the analysis of medical records of patients treated at the Department of Gynecology of Childhood and Adolescence (SEGIA), in the period 2010-2012. It is an unique gynecological service of Unique Health System (SUS) to children and adolescents, in Brotas Assistencial Instructor Ambulatory (ADAB) bound to Bahia School of Medicine and Public Health (EBMSP), Salvador - Bahia. The data analyzed included age, level of education, age at menarche, menstrual cycle pattern, age of sexual initiation, contraceptive and sexual pattern in use.

**Results:** It was analyzed the records of patients with a mean age of 15,44 years. The average age of menarche of adolescents was 11.8 years, with a predominance of regular menstrual cycles such as (58,9%), and mean duration of flow of 5.33 days, with 83% of patients referring symptoms associated with it. About sexual profile was observed average age of sexual initiation of 14.8 years and average of 1.88 partners in life. The analysis of pattern of use of contraceptive methods revealed 65% of adolescents with irregular use. Regarding the method commonly used, most reported association of oral contraceptives (OC) and condom (50.65%), 16.88% reported only OC and 10.39% reported the association of OC, male condom and injectable hormonal method.

**Conclusion:** In the present study, there was predominance in the associated use of OC and male condom like choice of contraceptive method among adolescents. This may denote awareness of these youth about dual protection, expressing concern with both the prevention of pregnancy, as Sexually Transmitted Diseases (STDs).

**Keywords:** Adolescence, contraceptive methods.

## INTRODUÇÃO

Considerada como um período de transição para a maturidade, a adolescência é o elo entre a infância e a idade adulta. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) definem adolescência como um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, comportando a pré-adolescência a faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, dos 15 aos 19 anos.<sup>1,2</sup> Esta fase se constitui em um momento onde se estabelecem novas relações dos adolescentes com eles mesmos, nova imagem corporal, novas relações com o meio social, com a família e com outros adolescentes, portanto, um período marcado por irregularidades, instabilidade e imprevisibilidade.<sup>3</sup>

A magnitude numérica, aliada a conjunturas sociais em que os adolescentes estão inseridos, justifica a necessidade de uma atenção cada vez maior a este grupo.<sup>4</sup> Por ser um período caracterizado por intensa necessidade de explorar e experimentar o contexto em que se vive, a adolescência torna-se a fase mais vulnerável à adoção de comportamentos que envolvem riscos pessoais.<sup>5</sup> As inúmeras transformações ocorridas, sejam elas físicas ou psicoemocionais, incitam uma vivência intensa da sexualidade, o que pode, muitas vezes, se manifestar através de práticas sexuais desprotegidas, que resultam,

em alguns casos, em gravidez ou em Doença Sexualmente Transmissível (DST).<sup>2</sup>

Estudos realizados no Brasil e em outros países da América Latina observaram que a atividade sexual entre adolescentes vem aumentando a cada ano, acompanhada da diminuição da idade de iniciação sexual. Mais da metade das mulheres abaixo de 20 anos são sexualmente ativas na América Latina. O aumento e a precocidade da atividade sexual têm ocasionado número crescente de partos e abortos. O Ministério da Educação e Cultura (MEC) estima a ocorrência de cerca de um milhão de gestações em adolescentes por ano no Brasil, sendo que um terço termina em abortamentos.<sup>6</sup>

Pesquisas apresentaram aumento de 26% da taxa de fecundidade entre adolescentes, desde a década de 1990. Em 1996, foi observado que 18% das adolescentes brasileiras entre 15 e 19 anos já tinham pelo menos um filho, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), de modo que, por ano, cerca de um milhão de jovens de 10 a 19 anos tornam-se mães.<sup>7</sup>

Além do risco de gravidez indesejada, é importante destacar a incidência elevada de DST nessa população. A cada ano, no mundo, quase a totalidade dos adolescentes contrai algum tipo de DST. Mais de sete mil jovens, cinco por minuto, são infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) diariamente, totalizando 2,6 milhões por ano, o que

representa a metade de todos os casos registrados.<sup>8</sup> Aproximadamente 25% de todas as DST são diagnosticados em jovens com menos de 25 anos.<sup>9</sup>

A sexualidade na adolescência torna-se uma questão de urgência social e epidemiológica, ao se observar a vulnerabilidade deste grupo populacional, já que o início das atividades sexuais não acompanha a conscientização da necessidade da incorporação de medidas de proteção.<sup>10,11</sup>

Considerando-se que a maioria dos casos de gravidez na adolescência é indesejada, que cada vez mais aumentam a incidência de AIDS nessa faixa etária, e o impacto que tais problemas causam na saúde reprodutiva dos adolescentes, a contracepção na adolescência adquire fundamental importância.<sup>5,9</sup> Para tanto, foram implantados no Brasil o Programa Assistencial à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em cumprimento à Constituição Brasileira, que têm a anticoncepção como um de seus subprogramas e atuam na promoção de Saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação.<sup>12</sup>

Os vários métodos de intervenção direcionados para o público jovem fez com que essa população aumentasse o uso de preservativos. No entanto, constatou-se que ainda não são utilizados por todos os adolescentes e nem com regularidade nas relações sexuais. Em 1996, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada no Brasil, evidenciou que o uso de métodos anticoncepcionais na faixa etária de 15 a 19 anos era menor que 15%, comparado com mais de 40% nas jovens de 20 a 24 anos, mais de 65% entre 25 a 29 anos e superior ainda, acima dessa idade.<sup>6</sup> O Ministério da Saúde ainda aponta que, no Brasil, 55% das adolescentes solteiras e sexualmente ativas nunca haviam usado nenhum método anticoncepcional. Vários estudos com enfoque nesta população demonstraram que embora o conhecimento sobre o uso de métodos de contracepção exista expressivamente, isto não implica necessariamente em haver uso adequado ou regular destes métodos.<sup>13,14</sup>

O uso consistente da contracepção pode estar relacionado a inúmeros fatores, como: ter idade acima de 15 anos, maior escolaridade, parceria estável, menor tempo desde iniciação sexual, além da presença de diálogo com os pais sobre sexualidade, prevenção de DST/AIDS e contracepção.<sup>13</sup> Por outro lado, a desinformação, a confiança excessiva na invulnerabilidade, os tabus sociais e familiares quanto à abordagem do tema sexualidade, a obtenção de informação por intermédio de pessoas não qualificadas e a falta de acesso ao método contraceptivo representam os principais fatores associados a não utilização de proteção nas relações sexuais.<sup>11,15</sup>

A informação sobre os vários métodos existentes, modos de ação, vantagens e desvantagens, operacionalidade e eventuais riscos à saúde torna-se fundamental para que os jovens possam fazer uma escolha livre e consciente do método contraceptivo. Daí a importância da atuação ao nível de planejamento familiar, tentando-se promover continuamente a capacidade técnica e o uso regular dos métodos, não deixando de se atentar à eficácia dessas ações junto à população adolescente. O método contraceptivo, nestes casos, deve ser eficaz e com efeitos adversos mínimos, a fim de que se tenha maior adesão ao tratamento e adequado planejamento familiar.<sup>15</sup>

O exercício de conscientização e orientação dos adolescentes sobre sua sexualidade ganha cada vez maior importância na tentativa de se evitar gravidezes não planejadas e propiciar maior responsabilidade sobre a anticoncepção.<sup>4</sup> Sendo assim, são necessários programas que visem apresentar informações mais concretas sobre contraceptivos, estimulando o adolescente a fazer a escolha de seu método, priorizando seu bem-estar, segurança e conforto.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, de corte transversal, realizado através da revisão de prontuários, não sendo prevista a realização de métodos diagnósticos e terapêuticos que possam trazer riscos aos pacientes.

Foram avaliados prontuários de 80 pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência (SEGIA), no período janeiro de 2010 a dezembro de 2012. Este serviço funciona desde 2006 no Ambulatório Docente Assistencial de Brotas (ADAB), vinculado à EBMSP, em Salvador-BA, oferecendo serviço especializado no atendimento ginecológico para crianças e adolescentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os critérios de inclusão foram: ter idade entre 10 e 19 anos, apresentar vida sexual ativa, fazer uso de algum método contraceptivo, participar do Programa de Planejamento Familiar do referido serviço e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para uso de informações disponíveis no prontuário médico do SEGIA. Foram excluídos da análise, registros de pacientes cujas informações necessárias não estavam disponíveis ou que não atendiam aos critérios de inclusão do estudo.

Foi utilizada uma amostra de conveniência, abrangendo os questionários padronizados de admissão de todos os pacientes atendidos no SEGIA, durante o período do estudo. As variáveis analisadas neste estudo foram: idade na primeira consulta, escolaridade, cor da pele, idade da menarca, padrão do ciclo, duração do ciclo menstrual, duração do ciclo menstrual, intensidade

do fluxo menstrual, presença de sintomas (tensão pré-menstrual, cólicas uterinas, lombalgia, cefaleia, náuseas ou vômitos), idade da iniciação sexual, padrão sexual, número de parceiros, padrão do uso do contraceptivo hormonal, presença de efeitos colaterais e método anticoncepcional utilizado habitualmente.

Os dados foram categorizados, inseridos em um banco utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 16.0 e apresentados descritivamente como proporções, médias e desvios-padrão.

Todas as pacientes do SEGIA possuem TCLE, tendo sido respeitada a impessoalidade das mesmas assim como o cegamento da identidade de acordo com os critérios de Helsinque e recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

### Aspectos sócios demográficos.

A idade média da população do estudo foi de  $15,44 \pm 1,97$  anos. A maior parte tinha cursado ou estava cursando o Ensino Fundamental (52,4%) e mais da metade das pacientes (56,45%) referiram apresentar cor parda. (Tabela 1)

### Menarca e Padrão do ciclo menstrual.

A idade média da menarca da população estudada foi de  $11,8 \pm 1,53$  anos. O padrão do ciclo menstrual, categorizado como regular e irregular, foi relatado predominantemente (58,9%) como regular. A duração do ciclo menstrual apresentou média de  $5,33 \pm 2,3$  dias, variando de 3 a 15 dias. Sobre a intensidade do fluxo menstrual, apenas 1,8% das pacientes referiram apresentar volume de sangramento aumentado (caracterizado pela presença de coágulos). Aproximadamente 83% da população afirmou apresentar sintomas associados ao período menstrual.

### Iniciação sexual e seus aspectos.

A idade média da iniciação sexual das pacientes apresentada neste estudo foi de  $14,8 \pm 1,54$  anos, com faixa etária mínima de doze anos (referida por 5,5% das pacientes) e máxima de 19 anos (referida por 1,4% das pacientes). Quanto ao padrão sexual, categorizado como regular ou irregular, houve predominância do padrão considerado irregular (53,3%). Considerando-se o número de parceiros sexuais durante a vida, 50% relatou parceiro único e 1,7% o número máximo de oito parceiros, com média de  $1,88 \pm 1,25$  parceiros.

### Regularidade do uso dos métodos contraceptivos.

Ao que diz respeito à regularidade do uso dos métodos contraceptivo, aproximadamente 65% das pacientes do presente estudo relataram fazê-lo de forma irregular. Quando correlacionado ao relato de efeitos adversos secundários do uso do método contraceptivo, observou-se que aproximadamente 67% das pacientes que referiam presença de efeitos colaterais faziam uso irregular do método contraceptivo, enquanto que 56% faziam uso regularmente.

### Principais escolhas dos métodos contraceptivos.

Foi constatado que a opção mais relatada foi a associação de ACO e preservativo masculino (50,65%). A segunda foi o uso de ACO isolado (16,88%), e a terceira foi a associação dos métodos ACO, preservativo masculino e hormonal injetável (10,39%) (Tabela 2). Observou-se também que ACO foi referido como método contraceptivo de escolha, por 88,31% das pacientes, o preservativo masculino foi referido por 74,03% e o hormonal injetável por 22,08%, sendo os mesmos usados isoladamente ou associados a outros métodos.

**Tabela 1.** Aspectos sócio demográficos da população do estudo Principais escolhas de métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em serviço especializado, em Salvador – BA.

Variáveis	Categorias	Resultados n (%)
Idade	10 a 14 (Pré-adolescência)	29 (36,25)
	15 a 19 (Adolescência)	51 (63,75)
Escolaridade	Ensino Fundamental	32 (52,4)
	Ensino Médio	28 (46,0)
	Ensino Superior	1 (1,6)
Cor da Pele*	Branca	10 (16,1)
	Parda	35 (56,5)
	Preta	17 (27,4)

\* Referida pela paciente.



Tabela 2. Escolhas dos métodos contraceptivos da população do estudo Principais escolhas de métodos contraceptivos de adolescentes atendidas em serviço especializado, em Salvador – BA.

Métodos Contraceptivos utilizados	Resultados n (%)
ACO + Preservativo masculino	39 (50,65)
ACO	13 (16,88)
ACO + Preservativo masculino + Injetável	8 (10,39)
Preservativo masculino	5 (6,49)
ACO + Injetável	5 (6,49)
Injetável	1 (1,30)
Preservativo masculino + Injetável	1 (1,30)
Preservativo masculino + Pílula do dia seguinte	1 (1,30)
ACO + Coito interrompido	1 (1,30)
ACO + Preservativo masculino + Pílula do dia seguinte	1 (1,30)
Preservativo masculino + Hormonal Injetável + Pílula do dia seguinte	1 (1,30)
ACO + Preservativo masculino + Hormonal Injetável + Pílula do dia seguinte	1 (1,30)

## DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu realizar uma análise de uma população específica de adolescentes, que buscou atendimento ginecológico em um Serviço de Atendimento especializado.

Estudos mostram que, no Brasil, a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres, independente de sua idade, é alta, com maior expressividade para a esterilização tubária (laqueadura), usada por 40% das mulheres, e para ACO, utilizada por 21% das mulheres.<sup>16</sup> Contudo, análises realizadas com o público adolescente, identificaram como métodos mais utilizados o preservativo masculino e o ACO.<sup>16,17</sup> A maioria dos trabalhos mostra que o preservativo masculino representa o método de prevenção de gravidez e DST mais conhecido e usado no público adolescente.<sup>6,13,18,19</sup> Alguns estudos realizados no Brasil confirmaram o preservativo masculino como método contraceptivo mais utilizado nesta faixa etária, apresentando percentual de 80,7% no Rio de Janeiro, 49,7% no Ceará e aproximadamente 40% em São Paulo.<sup>3,11,14,17</sup> O segundo método mais escolhido, ainda nestes estudos, foi o ACO, associado ao preservativo masculino, 18,7% e 14,9% em São Paulo, ou isolado, 38,3% e 14,9% no Ceará e Rio de Janeiro, respectivamente.<sup>3,11,14,17</sup> Em contrapartida, no Paraná, estudo apresentou a pílula como o método anticoncepcional utilizado mais citado (50,3%), seguida do preservativo masculino (28,1%).<sup>20</sup>

Diferentemente dos estudos supracitados, a presente análise observou que a escolha de métodos contraceptivos mais realizada foi ACO associado ao preservativo masculino (50,65%), seguida pelo ACO isolado (16,88%). Na análise dos métodos utilizados, em associação ou isoladamente, observou-se a frequência de 88,31% para o uso de ACO, seguida de 74,03% para o uso de preservativo masculino.

O fato de observarmos que o método de barreira é muitas vezes citado em combinação com outros, principalmente o ACO, poderia significar uma maior conscientização por parte dos jovens em relação à dupla proteção, prevenindo tanto a gravidez, quanto DSTs. Acredita-se que este achado esteja relacionado à oferta do método e fácil acesso, além da ênfase dada por profissionais do serviço à dupla proteção.<sup>7,17</sup> O fato de haver algumas adolescentes referindo uso de associação de três ou mais métodos reforça essa ideia e o uso da pílula do dia seguinte como um dos métodos utilizados demonstra a preocupação imediata com a gravidez.<sup>17</sup>

Além disso, nesse estudo, apenas uma paciente referiu uso de método comportamental, e ainda assim, associado a outros métodos. Isso é importante, pois sugere que a população deste trabalho está bem informada, já que a tabelinha ou coito interrompido, quando utilizados isoladamente, são métodos reconhecidamente de baixa eficácia e que requerem bastan-

te conhecimento da fisiologia.<sup>17</sup> Considera-se também, que a citação na literatura do coito interrompido como método utilizado<sup>10,14,18</sup> esteja relacionado à casualidade dos relacionamentos de alguns jovens.<sup>18</sup>

A eficácia preventiva dos métodos anticoncepcionais depende bastante da consciência da usuária acerca da importância de se manter o uso regular. Alguns estudos analisaram a utilização dos métodos contraceptivos e observaram que os jovens, no geral, não usam bastante os métodos contraceptivos ou utilizam de forma irregular.<sup>10</sup> Pesquisa IBOPE de 2003, observou que há maior uso do preservativo de forma consistente entre os homens (18,1%) quando comparado às mulheres (11,7%). Além disso, quanto menor a idade do entrevistado, maior a probabilidade do uso do preservativo de forma regular, tendo predominância de uso consistente na faixa de 14 a 25 anos.<sup>21</sup>

Quando avaliados grupos populacionais específicos, as pesquisas apresentam valores mais elevados de uso regular dos métodos contraceptivos escolhidos. Em São Paulo, duas pesquisas com adolescentes observaram uso regular do método anticoncepcional em aproximadamente 80% das entrevistadas.<sup>3,17</sup> Diferente desses estudos, os resultados apresentados na presente análise, evidenciaram que apenas 35,4% desta população relatou uso consistente ou regular do método.

Nesse estudo, ainda se observou que a maioria das adolescentes referiu ter cursado ou estar cursando o Ensino Fundamental, portanto esse grupo apresenta escolaridade compatível com a esperada para a média de idade obtida, que foi de 15,44 anos. Em estudo realizado em São Paulo, 71,6% das adolescentes apontaram Ensino Fundamental como escolaridade.<sup>22</sup> Esta seria uma variável importante diante do acesso a orientação sexual e reprodutiva, principalmente no aspecto de prevenção da gravidez e de DSTs e AIDS, mediante a utilização de métodos anticoncepcionais adequados a este grupo etário.<sup>23</sup>

Foi constatado ainda nesse estudo que a idade média de menarca obtida foi de 11,8 anos. Esta variável constitui importante indicador para análise, não apenas de questões referentes ao crescimento, como também de fatores relacionados à saúde reprodutiva. É observado que nos últimos decênios, a idade da menarca tem sido cada vez mais precoce.<sup>22</sup> Trabalhos nacionais relataram que na década de 1930, a média de menarca encontrava-se por volta dos 13,6 anos; 13,4 anos na década de 1940; 12,8 anos na década de 1960; e 12,6 anos na década de 1980.<sup>24</sup> A menarca é colocada como um fenômeno potencialmente estimulador do início da atividade sexual, já que o corpo da jovem começa a apresentar características de amadurecimento, tornando-o apto a conceber.<sup>25</sup> Além disso, a precocidade puberal geralmente ocasiona um amadureci-

mento biológico que não necessariamente coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional, o que se constitui, portanto, em fator de risco para uma iniciação sexual prematura e suas consequências negativas.<sup>5,26</sup>

A coitarca, outro fator importante, é considerada o marco cronológico para o início do uso de métodos contraceptivos. O conhecimento sobre a média populacional da menarca, e principalmente, da coitarca, é importante para definir os principais grupos etários em que devem se focar as estratégias de prevenção. A faixa etária mais frequente está entre os 15 e 16 anos, índices estes explicados pela influência do ambiente e da mídia.<sup>27</sup> Estudos realizados com populações de adolescentes evidenciam médias de coitarca diversas. Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, num Ambulatório de Saúde do Adolescente (aos mesmos moldes do presente estudo), realizado com 356 adolescentes, observou faixa de idade de iniciação, para este grupo, entre 14-15 anos, um início precoce, semelhante a média de coitarca obtida no presente estudo, que foi de 14,8 anos.<sup>28</sup> No entanto, outros estudos realizados com populações de adolescentes evidenciaram médias de coitarca acima dessas médias, o que pode ser explicado pela diferença de perfil dos públicos. Pesquisas realizadas em Pernambuco<sup>29</sup>, São Paulo<sup>17,19</sup> e Paraíba<sup>30</sup> apresentaram médias de coitarca que variaram entre 15,2 e 18,4 anos.

## CONCLUSÃO

Os métodos contraceptivos mais utilizados pelas adolescentes no presente estudo foram os ACO e o preservativo masculino, usados isoladamente ou associados. Contudo, ainda é considerável o número de adolescentes que, independente do uso de outros métodos, não utilizam métodos de barreira em suas relações sexuais, ou que utilizam os métodos irregularmente.

Os resultados encontrados reforçam a necessidade de estratégias educacionais que visem melhor conscientização sobre a dupla proteção e melhores informações sobre benefícios e mecanismos de uso dos diversos métodos anticoncepcionais para este grupo populacional. Com isso seriam reduzidos os riscos relacionados como gravidez na adolescência e DST.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva VC, et al. Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 60-67; out/dez 2010.
2. Camargo EAI, Ferrari EAP. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):937-946; 2009.
3. Rojas SHCC, et al. Características reprodutivas das adolescentes da Legião Mirim de Marília – São Paulo, Brasil, 2005. *DST-J bras Doenças Sex Transm* 18(2): 137-142; 2006.
4. Guimarães AMDN, et al. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Rev Latino-Am Enfermagem*; 11(3):293-8; 2003.

5. Boruchovitch E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Rev. Saúde pública*, S. Paulo, 26(6): 437-43; 1992.
6. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1997.
7. Berlofi LM, Alkmin EL, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm*; 19(2):196-200; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Braverman PK. Sexually transmitted diseases in adolescents. *Med Clin North Am*; 84:869-89; 2000.
10. Reis M, Matos MG. Contracepção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*; 1 (XXVI): 71-79; 2008.
11. Rabelo STO, et al. Gravidez e DST: Práticas preventivas entre universitários. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 18(2): 148-155; 2006.
12. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série B, Textos Básicos de Saúde, 6); 1984.
13. Almeida MCC, et al. Fatores associados ao uso de contraceptivos. *Rev Saúde Pública*; 37(5):566-75; 2003.
14. Teixeira AMFB, et al. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7):1385-1396, jul, 2006.
15. Reis M, Matos MG. Contracepção – Conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 209-220; 2007.
16. Duarte GA. Contracepção e aborto: perspectiva masculina [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, USP; 2000.
17. Alves AS, Lopes MHBM. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Rev Bras Enferm*, Brasília; 61(2): 170-7; 2008.
18. Almeida JF, Pais JM, Torres A, Machado F, Ferreira P, & Nunes J. Jovens de Hoje e de Aqui. Loures: Departamento Sócio-cultural da Câmara Municipal de Loures.
19. Martins LBM, et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2):315-323, 2006.
20. Souza JMM, Peloso SM, Uchimura NS, Souza F. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. *Rev Bras Ginecol Obstet.*; 28(5): 271-7; 2006.
21. Paiva V, Venturi G, França Junior I, Lopes F. Uso de preservativos – Pesquisa Nacional MS / Ibope 2003. [on line]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> – acessado em 27/11/2005.
22. Schor N. et al. Adolescência e anticoncepção, conhecimento e uso. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 4, 1994, Recife. Anais... Recife: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, jun. 1994.
23. Schor N. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1995. (Tese para obtenção do título de Livre Docente).
24. Guazzelli CAF, Lindsey PC, Aldrighi JM, Petta CA. Anticoncepção na adolescência: aspectos contemporâneos. São Paulo: Atheneu; p. 129-34; 2005.
25. Monroy de Velasco A, et al. Fecundidad em la adolescência: causa, riesgos y opciones. Washington: OPS. (Cuad. Teen. N. 12); 1988.
26. Simkins L. Consequences of teenage pregnancy and motherhood. *Adolescence*; 19(73): 39-54. 1984.
27. Vitiello n. Planejamento familiar para adolescentes. *Reprodução*. 1991; 6(4): 159-68.
28. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev Soc Bras Med Trop*; 34(3): 210-4; 2004.
29. Carneiro RM, Ludermir AB, Duarte MSM, Moreira MFA, Campelo DEC, Melo LMP. Comportamento de risco para Aids entre estudantes universitários. A experiência da UFPE. *Na. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb*; 44(2): 113-7, 1999.
30. Coutinho MPL, Saldanha AAW, Azevedo RLW. Uso do preservativo na primeira relação sexual: mito ou realidade? *DST – J bras Doenças Sex Transm* 18(2): 124-129, 2006.

## CORRESPONDÊNCIA

Marla Níag dos Santos Rocha  
E-mail: marlaniag@yahoo.com.br

## TITULAÇÃO

1. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Bahia.  
Membro Efetivo da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Bahia (LAGOB).
2. Acadêmica de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública  
Membro Efetivo da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Bahia (LAGOB).
3. Profa. Adjunta no Departamento Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana (DEGORH) da Universidade Federal da Bahia.  
Professora Adjunta de Ginecologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.  
Professora Colaboradora da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Bahia. (LAGOB).  
Delegada na Bahia da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR).

# ANTICONCEPÇÃO EM ADOLESCENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

## *CONTRACEPTION IN ADOLESCENTS SUBMITTED TO BARIATRIC SURGERY*

CAMILLA GOMES LUNA<sup>1</sup> DEYSE BARROCAS<sup>2</sup> DANIELLE BITTENCOURT SODRÉ BARMPAS<sup>3</sup> DENISE LEITE MAIA MONTEIRO<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** determinar o impacto da cirurgia bariátrica na eficácia dos métodos contraceptivos utilizados para adolescentes. **Método:** revisão sistematizada da literatura sobre “cirurgia bariátrica” e “concepção”. **Resultados:** No Brasil, há predomínio de procedimentos disabsortivos entre as adolescentes (75%) e recente aumento de procedimentos mistos. Nestes casos, existe aumento da taxa de falha dos contraceptivos orais, que devem ser evitados em favor do uso de dispositivo intra-uterino (DIU), implantes, anel vaginal e métodos hormonais injetáveis. O peso das jovens tem influência significativa na eficácia dos métodos contraceptivos. Recomenda-se que o adesivo transdérmico tenha seu uso restrito a pacientes com menos de 90 Kg e o anel vaginal àquelas com menos de 123 Kg. A taxa de falha da concepção de emergência também aumenta com o índice de massa corporal (IMC), sendo três vezes maior em obesas do que em mulheres com IMC adequado. **Conclusões:** É importante considerar a técnica cirúrgica utilizada, o peso da paciente e os critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prescrição adequada de contraceptivos em jovens submetidas à cirurgia bariátrica.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica; Concepção; Adolescência

### ABSTRACT

**Objective:** to determine the impact of bariatric surgery on the efficacy of contraceptive methods used in adolescents. **Methods:** systematic review of literature on ‘bariatric surgery’ and ‘conception’. **Results:** In Brazil there is a predominance of malabsorptive procedures in teenagers (75%) and a recent increase in mixed ones. In these cases there is an increase in the oral contraceptive failure rate, which should be avoided in favour of intrauterine devices (IUD), implants, vaginal ring and injection hormonal contraceptives. The weight of the young women bears significant influence in the efficacy of the contraceptive methods. It is recommended for the skin patch to be restricted to patients under 90 Kg and for the vaginal ring to the ones under 123 Kg. The failure rate of emergency contraception also increases with the body mass index (BMI), being three times higher in obese women than in those with an appropriate BMI. **Conclusions:** It’s important to consider the surgical technique used, the patient’s weight and the World Health Organization (WHO) eligibility criteria for the correct prescription of contraceptives to young women submitted to bariatric surgery.

**Keywords:** Bariatric surgery; Contraception; Adolescence

## INTRODUÇÃO

A obesidade na adolescência tornou-se uma verdadeira epidemia mundial segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que estima que 10% dos adolescentes no mundo sofrem com o problema.<sup>1</sup> Jovens com peso acima do percentil 85 encontram-se com sobrepeso e acima de 95 com obesidade, o que corresponde a índice de massa corporal (IMC) maior que 30 kg/m<sup>2</sup>.<sup>1,2</sup>

Levantamento realizado nos Estados Unidos da América (EUA) entre 2011 e 2012 mostrou que a prevalência da obesidade na população de crianças e adolescentes entre dois e 19 anos é de aproximadamente 17%, totalizando 12,7 milhões de obesos.<sup>3</sup>

O Brasil, nas últimas décadas, passou por processo de transição nutricional, onde foram evidenciadas intensas mudanças no panorama alimentar brasileiro. Dois inquéritos nutricionais realizados no país: Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) realizada no ano de 1989 e o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) realizado no período de 1974 e 1975, tiveram seus resultados comparados, confirmando a tendência da evolução da obesidade no país e do declínio da desnutrição, situação observada na atualidade.<sup>4,5</sup>

Jovens obesas, muitas vezes, iniciam esse processo na infância, seja por fatores genéticos de herança familiar ou por desde cedo serem submetidas à alimentação inadequada por seus responsáveis ou cuidadores. Muitos pais, envolvidos com as responsabilidades do dia a dia, acabam por negligenciar os cuidados com o cardápio de seus filhos adolescentes, seja preparando pratos de confecção rápida, seja cedendo aos apelos destes por guloseimas nos “fastfoods”, ou ainda, deixando a cargo deles as escolhas do que comer nas cantinas escolares ou quando estão sozinhos em casa. Mesmo na população de mais baixa renda evidencia-se o aumento de peso juvenil, com uma verdadeira inversão de padrões nos últimos tempos. Trabalho multicêntrico de 2002 estudando populações heterogêneas mostrou incremento significativo de sobrepeso da ordem de 16,8% para 27,35% nos EUA e de 3,7 para 12,6% no Brasil.<sup>6</sup> É no período da adolescência que se consolidam hábitos alimentares e de estilo de vida que podem ser mantidos na vida adulta, daí a importância da instituição de condutas saudáveis.<sup>7</sup>

As mudanças nos padrões alimentares nas últimas décadas, baseadas no consumo excessivo de carboidratos, alimentos industrializados semiprontos, com ingestão insuficiente de legumes, frutas e hortaliças, associado à inércia cada vez maior das jovens, tem colaborado para o aumento da obesidade.<sup>6</sup> Estas, preferem assistir suas séries favoritas na televisão e se conectarem com seus amigos via internet, passando horas em

completa inatividade à realizarem jogos coletivos, corridas, esportes aquáticos ou frequentarem academias, o que raramente se via até o início dos anos 90. Em contrapartida, o modelo de beleza feminina cultuado nas passarelas e capas de revistas se espelha em jovens esqueléticas de corpos magros e bem torneados, o que faz com que meninas por todo o mundo façam desses corpos, seus objetos de desejo e, preferencialmente, sem que precisem se submeter a grandes sacrifícios, que envolvam dietas muito restritivas e exercícios extenuantes. Ficam as adolescentes então, à mercê de todo tipo de tentativas para perda de peso: desde fórmulas “milagrosas” e dietas variadas, muitas vezes prescritas por amiguinhas ou copiadas da mãe, chegando até a medicamentos controlados, nem sempre conseguidos de formas lícitas, colocando sua saúde em risco. A imagem corporal considerada inadequada para essas jovens pode causar-lhes sentimentos de inadequação e dificuldades de relacionamento social ou romântico. Muitas sofrem *bullying* no âmbito da família ou da escola sendo rotuladas por apelidos, geralmente nada lisonjeiros, causando-lhes grande sofrimento psicológico e, muitas vezes, isolamento e depressão.

A busca pela perda significativa e rápida de peso tem feito com que muitas jovens no mundo todo, inclusive no Brasil, procurem pela resolução cirúrgica, seja por procedimentos temporários endoscópicos, seja pela cirurgia bariátrica (do grego: baros (βάρος) = peso, iátricos (ιατρικός) = tratamento médico). Sua aplicação no tratamento da obesidade remonta dos primeiros trabalhos de Kremmer e cols. em 1954, que realizaram as primeiras derivações jejunoileais, de caráter disabsortivo.<sup>8</sup> Houve um incremento notável em operações bariátricas nas últimas três décadas mundialmente, sendo que inúmeras técnicas e variantes foram experimentadas, fazendo com que ao longo desse tempo algumas destas tenham-se mostrado mais eficazes e seguras que outras. Não se trata de cirurgia estética, pois promove melhora metabólica importante influenciando na redução da síndrome metabólica, diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, além do resgate da autoestima das pacientes que se tornam adultas mais confiantes e mais felizes.

## MÉTODOS

Foi realizada revisão sistematizada da literatura no dia 03 de junho de 2015, utilizando a seguinte estratégia de busca para a pesquisa do Medline (Pubmed): (“Bariatric Surgery”[Majr] AND “Contraception”[Mesh], sendo encontrados quatro artigos. Para a pesquisa nas bases de dados, Lilacs, SciELO e Google Acadêmico, foram utilizados os termos “bariatric surgery”, “contraception”, “cirurgia bariátrica” e “concepção”, somando-se mais 14 artigos. Ainda foram

utilizados dois livros-texto e um *site* oficial. A pesquisa finalizou com 21 fontes bibliográficas.

### Atenção e cuidados pré-operatórios

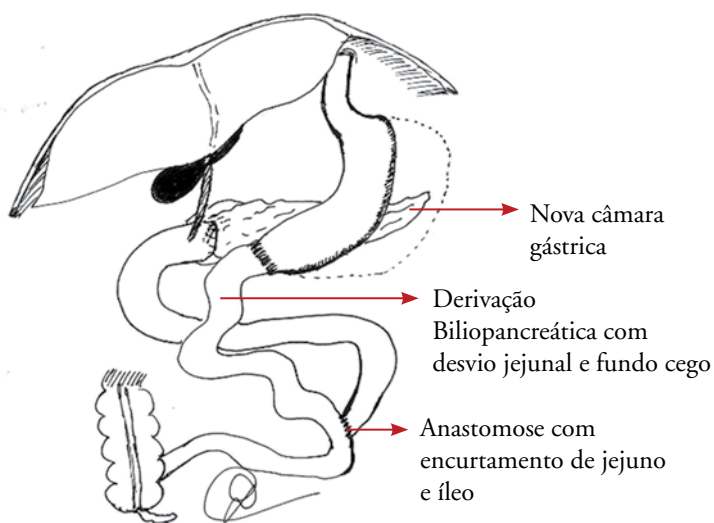
A legislação brasileira só permite a realização da cirurgia bariátrica a partir dos 16 anos.<sup>9</sup> Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e consensos internacionais, deve ser indicada para pacientes com IMC de 35 kg/m<sup>2</sup> quando associado a comorbidades ou quando atingem 40 kg/m<sup>2</sup> ou mais de valor de IMC, com ou sem comorbidades.<sup>10</sup>

A cirurgia deve ser realizada apenas quando todas as tentativas de redução de peso tiverem fracassado. Adolescente em faixa etária onde a tônica é a rebeldia e a contestação deve passar por preparo minucioso, tanto clínico quanto psicológico, para ser submetida a qualquer procedimento cirúrgico, sendo adequadamente orientadas e motivadas a realizá-los. As jovens devem estar cientes de que a cirurgia não é isenta de complicações e que exigirá disciplina rígida no pós-operatório por algum tempo, senão por toda a vida. Também devem ser conscientizadas de que seus hábitos alimentares terão que ser alterados e que precisarão manter vigilância ao longo da vida, para não readquirem peso ou apresentarem efeitos colaterais por não seguirem as recomendações.<sup>11</sup>

Dependendo da técnica cirúrgica empregada, muitas jovens terão dificuldades absorptivas com relação a determinados nutrientes e medicamentos e necessitarão de reposição de micronutrientes e vitaminas a longo prazo.

### Tipos de cirurgia bariátrica

Várias técnicas de cirurgia bariátrica são empregadas mundialmente, variando de acordo com o tipo de deriva-



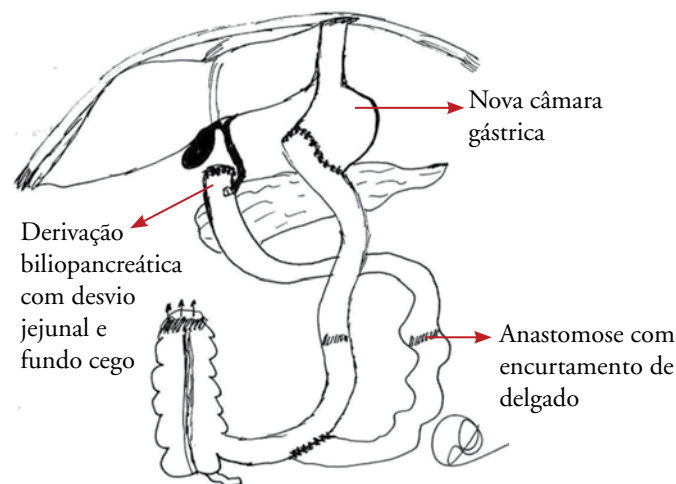
**Figura 1** - Gastrectomia vertical e derivação biliopancreática com switch duodenal.

ção, ressecção ou dispositivos empregados. Algumas são mais difundidas que outras pelo menor risco, praticidade, tempo cirúrgico, morbidade e índice de complicações pós-operatórias. A via pode ser videolaparoscópica ou convencional e as publicações e recomendações atuais bem como estudos multicêntricos indicam predominantemente as técnicas restritivas ou mistas como de escolha em nosso meio.<sup>9</sup> Inicialmente as técnicas disabsortivas de derivações biliopancreáticas foram as mais utilizadas, sendo gradualmente substituídas por estas últimas. As técnicas minimamente invasivas por videolaparoscopia vêm sendo preferidas em relação à convencional, na maioria dos serviços especializados.<sup>9,10,11</sup>

As cirurgias disabsortivas evitam a passagem dos nutrientes do intestino para o sangue, reduzindo o tamanho do receptáculo gástrico bem como do íleo, que fica reduzido a aproximadamente um metro. A redução do estômago pode ser no sentido vertical, o chamado "Switch duodenal" (Mason-1980) ou horizontal "Cirurgia de Scopinaro" (Figuras 1 e 2). **Há, não só o desvio do trânsito alimentar como também da bile e do suco pancreático.** Estas técnicas acarretam absorção muito pobre de nutrientes importantes como ferro, proteínas, vitaminas e minerais, bem como a ocorrência de diarreia crônica fétida e flatulência que podem ser incômodas, com adaptação e qualidade de vida questionáveis. Por estes motivos, principalmente a segunda técnica está caindo em desuso, apesar da perda expressiva de peso e efeitos metabólicos favoráveis.<sup>12,13</sup>

### Representação Esquemática das Principais Técnicas de Cirúrgicas Utilizadas

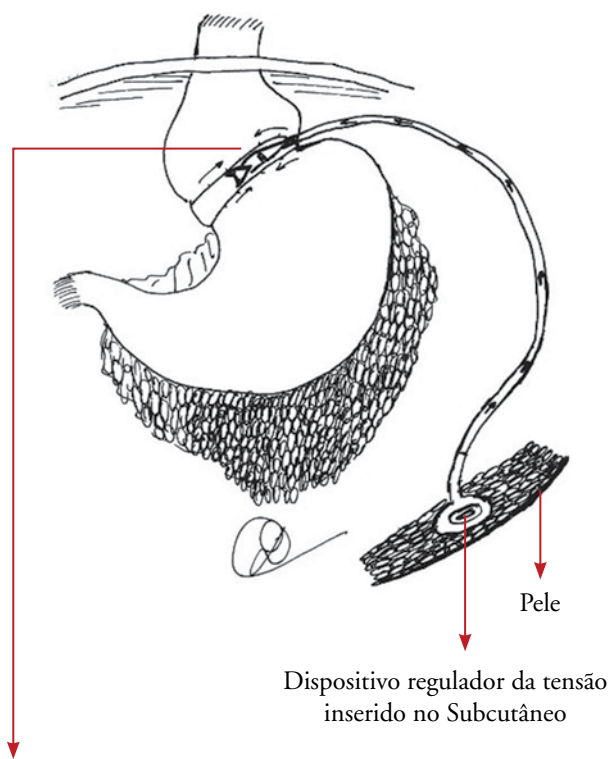
#### - Derivações Biliopancreáticas Disabsortivas



**Figura 2** - Gastrectomia horizontal com derivação biliopancreática (Cirurgia de Scopinaro)

### - Cirurgias Restritivas

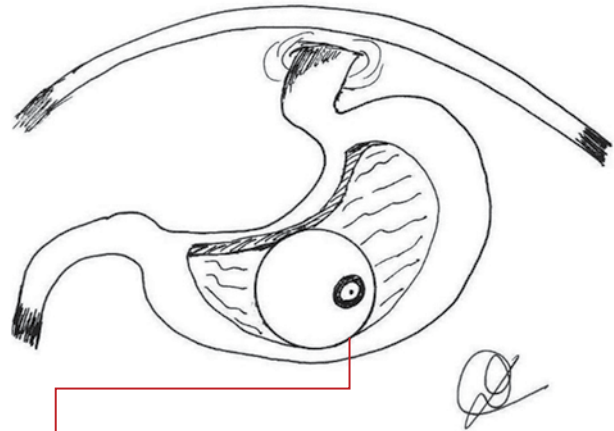
As cirurgias restritivas diminuem o tamanho do estômago, reduzindo assim a capacidade de ingestão de alimentos. Utilizam preferentemente a técnica de Bandagem Gástrica Ajustável (Figura 3) ou a gastroplastia vertical com bandagem (Kuzmak-1991)<sup>9,11</sup> Estas são as que melhor se adaptam à laparoscopia e consistem na aplicação de uma banda inflável de silicone envolvendo a parte superior do estômago estreitando-a, criando uma câmara justaesofágica com esvaziamento lento. O orifício de passagem é regulado por punção percutânea e o dispositivo fica implantado no subcutâneo.



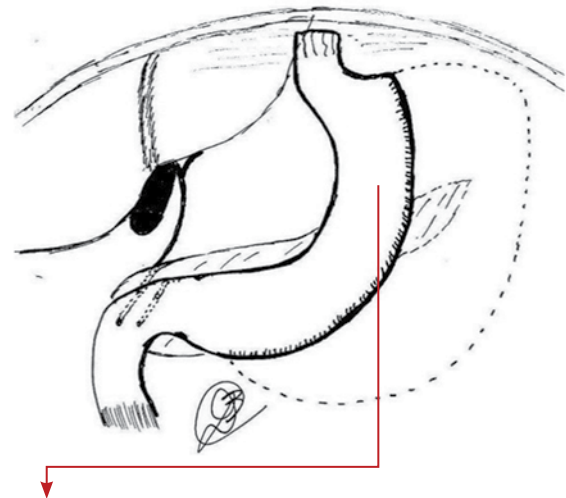
**Figura 3** - Banda Gástrica Ajustável diispositivo dividindo o estômago em 2 porções.

Outro procedimento restritivo é a aplicação do balão intragástrico (Figura 4) através da endoscopia digestiva alta. Este **não** é considerado um método cirúrgico pelos especialistas, mas um procedimento restritivo de uso temporário, em média de seis meses a no máximo um ano. Pode ser utilizada principalmente como meio de viabilizar redução de peso prévia à cirurgia bariátrica ou naqueles casos em que a paciente não deseja se submeter a procedimentos mais radicais. Entretanto, se não houver reeducação alimentar adequada, a jovem pode retomar o ganho ponderal.

Na técnica de gastrectomia vertical e preservação pilórica também chamada de “Sleeve” gástrico (Figura 5), o estômago fica com 150 a 250 ml de repleção e parte do fundo gástrico responsável pela produção do hormônio da fome (grelina) é retirada, consequentemente, diminuindo o apetite.



**Figura 4** - Balão intragástrico “in loco” já preenchido, ocupando 1/3 da câmara gástrica.

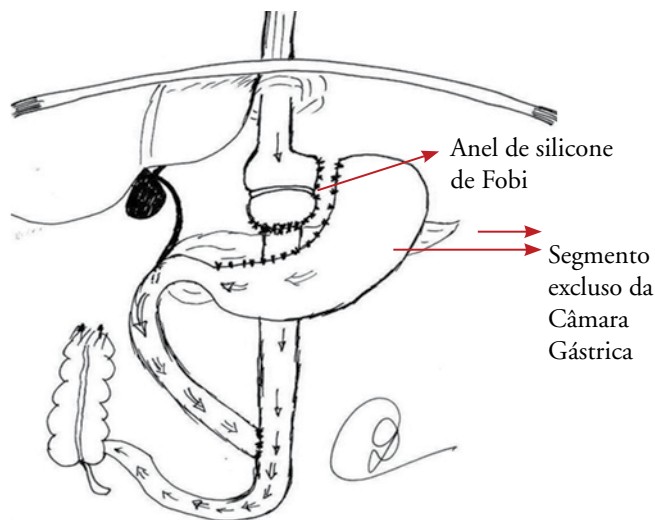


**Figura 5** - Gastrectomia vertical com “Sleeve gástrico”.

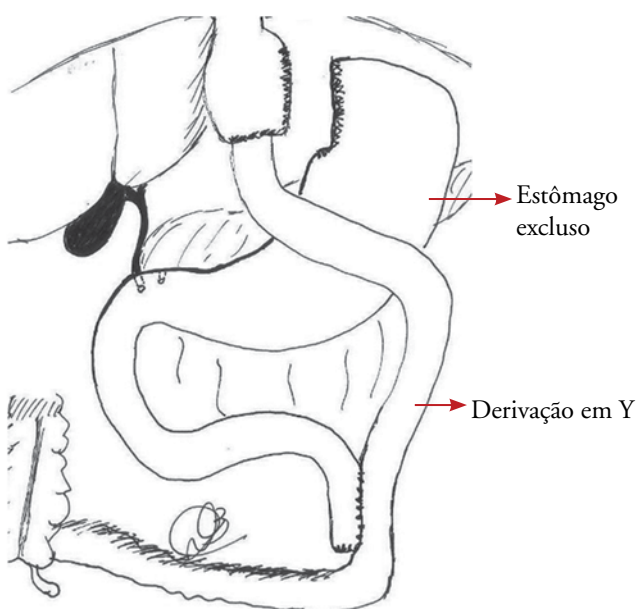
### - Cirurgias Mistas

Já as cirurgias mistas, atuam combinando as vantagens dos dois grupos de técnicas anteriores, ou seja, com componentes restritivo e disabsortivo associados. As mistas de predomínio restritivo, com derivações biliopancreáticas, se utilizam da técnica de *bypass* gástrico em Y de Roux – sendo a mais utilizada a Cirurgia de Fobi-Capella, na qual o estômago é reduzido em 95% e dividido em dois segmentos por anel

de silicone (Fobi-1986) ou Marlex (Capella-1991), ficando com capacidade de apenas 30 ml. A porção menor servirá como um novo estômago e a maior será excluída da passagem dos alimentos (Figura 6). Adicionalmente uma porção do intestino é desviada e parte dos alimentos não será absorvida, levando à redução significativa do peso. Hoje, algumas variantes não se utilizam mais dos anéis constritores<sup>11</sup> (Figura 7). No Brasil, segundo a SBCBM, 75% das adolescentes no Brasil são submetidas à técnica de derivação biliopancreática em Y de Roux.<sup>9</sup>



**Figura 6 - Bypass gástrico em Y de Roux de Fobi-Capella (clássico) com anel de constrição .**



**Figura 7 - Bypass gástrico em Y de Roux de Fobi-Capella modificado sem anel de constrição.**

Obs.: As ilustrações aqui apresentadas foram baseadas em consultas nas fontes 9, 14 e vídeos da Ethicon

## Obesidade e fertilidade

A obesidade possui grande repercussão negativa na fertilidade feminina e após a cirurgia o retorno da função reprodutiva ocorre gradativamente com a perda de peso. Desse modo, é necessária a anticoncepção eficaz, principalmente durante os primeiros 18 meses de pós-operatório, devido à contra-indicação de gestação neste período.

## Contraceção após cirurgia bariátrica

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a agrupar os métodos contraceptivos de acordo com sua efetividade e não mais quanto à sua função. Os de primeira linha são os de maior efetividade, maior facilidade do uso e menor índice de falha (inferior a dois casos de gravidez não desejada a cada 100 mulheres). Incluem-se nesta categoria os dispositivos intrauterinos (DIU), implantes subdérmicos e os vários métodos de esterilização masculina e feminina. Os métodos de segunda linha incluem os contraceptivos hormonais sistêmicos, disponíveis sob a forma de comprimidos para administração oral, injeção intramuscular, anel vaginal, adesivos transdérmicos e aleitamento materno exclusivo em livre demanda, que possuem taxa de insucesso de 3 a 9%, no primeiro ano de uso.<sup>15</sup>

Os métodos de terceira linha apresentam taxa de falha de 10 a 20%, uma vez que consistem em métodos de barreira para homens e mulheres, que são os métodos de consciência corporal, como a tabela baseada no ciclo menstrual, condom e diafragma. Os métodos de quarta linha apresentam o maior índice de fracasso, estando incluídas nesta categoria as formulações espermicidas (taxa de insucesso de 21 a 30%). (tabela 1)

Em 2009, a OMS publicou a atualização das orientações, considerando os fatores de saúde das mulheres e o uso dos métodos contraceptivos reversíveis altamente efetivos femininos, classificando os critérios de elegibilidade a serem seguidos (tabela 2).<sup>15</sup>

Nas adolescentes submetidas às cirurgias disabsortivas pode haver redução da absorção do contraceptivo oral, sendo, portanto, considerado como categoria 3 pelos critérios de elegibilidade da OMS.<sup>15,16</sup>

Em 2010, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA realizou estudo para avaliar os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais em pacientes submetidas à cirurgia bariátrica. Esse estudo dividiu os métodos contraceptivos a serem utilizados de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico realizado. A conclusão foi de que as pacientes submetidas à cirurgia disabsortiva, devem utilizar métodos como anticoncepcional injetável, dispositivo intra-uterino (DIU), implantes e o anel vaginal, uma vez que são considerados como categoria 1 pela OMS, apresentando menor chance de gravidez não planejada. A via oral não deve ser escolhida em virtude da diminuição da absorção que aumenta o risco de gestação. (tabela 3)<sup>14,15</sup>



Tabela 1. Grau de efetividade dos métodos contraceptivos<sup>15</sup>

Grau de efetividade	Método
Primeira linha: maior efetividade, maior facilidade do uso e menor índice de falha.	-Dispositivos intrauterinos (DIU), - Implantes subdérmicos e - Métodos de esterilização masculina e feminina
Segunda linha: taxa de insucesso de 3% a 9%.	- Contraceptivos hormonais sistêmicos (comprimidos para administração oral, injeção intramuscular, anel vaginal, adesivos transdérmicos) -Aleitamento materno exclusivo em livre demanda
Terceira linha: taxa de insucesso de 10% a 20%.	-Métodos de barreira (condom e diafragma) -Métodos de consciência corporal (tabela baseada no ciclo menstrual)

Tabela 2. Critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos (OMS, 2009)

Categoria da OMS	Avaliação clínica
1	O método pode ser usado sem restrições
2	O método, em geral, pode ser usado com restrições. As vantagens geralmente superam os riscos. Deve ser feito um acompanhamento mais rigoroso.
3	O método, em geral, não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios.
4	O método não deve ser usado, pois apresenta um risco inaceitável.

Tabela 3. Critérios de elegibilidade dependendo da técnica cirúrgica empregada

Técnica cirúrgica	Técnica cirúrgica x categoria do método			
	ACO oral	DMPA	Implantes	DIU: Cu T380 e LNG
Cirurgias restritivas	1	1	1	1
Cirurgias disabsortivas	3	1	1	1

Um fator fundamental é a conscientização dessas pacientes quanto à necessidade de não fazer uso de contraceptivos hormonais nos dois meses que antecedem a cirurgia, bem como nos dois meses que sucedem. Essa orientação é dada visando diminuir o potencial de trombose perioperatória.<sup>17</sup>

Pacientes submetidas à cirurgia bariátrica com técnica restritiva podem utilizar qualquer um dos métodos anticoncepcionais, uma vez que a via oral não sofre interferência na absorção.<sup>15</sup>

Entretanto, alguns métodos apresentam desvantagens, como a medroxiprogesterona (DMPA), que possui taxa de aumento de peso de 2.200g no primeiro ano de uso,<sup>18</sup> além de reduzir a densidade mineral óssea, não devendo ser usada

em adolescentes com idade menor que 16 anos. O anel vaginal pode ser usado em mulheres pesando até 123 kg, sendo muito bem indicado para essas adolescentes, principalmente pelo fator esquecimento que é corriqueiro nessa faixa etária. O adesivo só deve ser uma opção de escolha em pacientes pesando até 90 kg,<sup>19</sup> uma vez que tem sua eficácia diminuída em mulheres acima deste peso. Caso esta restrição não seja respeitada, pode acarretar falha do método. No caso de gravidez, uma das grandes preocupações é com a nutrição fetal, que ficará prejudicada durante a fase rápida de perda de peso<sup>6</sup> e com o aumento do risco de parto prematuro.<sup>20</sup> Quanto menor o intervalo de tempo entre a cirurgia e a gravidez, maior a chance de prematuridade, sendo de 50% para menos de 12

meses, 25% para 13- 24 meses e 20% para após 24 meses.<sup>20</sup>

Em situações de contracepção de emergência, a droga de escolha para obesas é o acetato de ulipristal, que foi aprovado na Europa em 2009 e nos EUA em 2011, mas ainda não é comercializado no Brasil. Dois estudos concluíram que ele é considerado categoria 3. Mulheres que utilizaram o ulipristal até 72h após a relação sexual desprotegida apresentaram taxa de gravidez de 1,8%, enquanto entre as que usaram levonogestrel (LNG) a taxa foi de 2,6%. Quando tomado entre 72h e 120h após a relação sexual o ulipristal foi novamente mais eficaz que o LNG ( $p = 0,037$ ). O principal fator influenciando o risco de falha do método é o peso da paciente. As obesas possuem chance três vezes maior de falha quando comparadas com mulheres de peso normal, e as com sobrepeso têm risco 1,5 vezes maior.<sup>21</sup> Uma vez que a única opção disponível no Brasil é o LNG, que poderá ter eficácia diminuída, é importante reforçar o valor da contracepção efetiva nessas pacientes e seguir os critérios de elegibilidade da OMS para evitar gestações não programadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894 :i-xii, 1-253.
- Miranda PF, Rivas TC, Pacciarini SL. Cirurgia bariátrica e embarazo: revision de La literatura. Medwave. 2014;14(1): 5893. doi: 10.5867/medwave.2014.01.5893.
- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Childhood Obesity in the United States, 2011-2012. JAMA. 2014;311(8):806-814. doi:10.1001/jama.2014.732.
- Monteiro CA, Benicio MH, Lunes R, Gouveia Nda C, Taddei JA, Cardoso MA. ENDEF and PNSN: trends in physical growth of Brazilian children. Cad Saude Publica. 1993;9 Suppl 1:85-95.
- Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. Obesidade. 2006; 24(2):71-81.
- Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. Am J Clin Nutr. 2002;75(6):971-7.
- Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. Rev Bras Epidemiol. 2010;13(1):163-71. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100015.
- Farias F. Cirurgia bariátrica: histórico. In: Silva RS, Kawara NT. Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 34-45, 2005.
- Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade (SBCBM), 2006. Disponível em: [http://www.sbc.org.br/arquivos/download/consenso\\_bariatrico.pdf](http://www.sbc.org.br/arquivos/download/consenso_bariatrico.pdf). Acessado em 10Jun2015
- Inge TH, Krebs NF, Garcia VF, Skelton JA. Bariatric surgery for severely overweight adolescents: concerns and recommendations. Pediatrics. 2004; 114(1):217-23.
- Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient- 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Endocr Pract. 2013. 19(2):337-72. doi: 10.4158/EP12437.GL.
- Garrido Júnior AB – Situações Especiais: Tratamento da Obesidade Mórbida. In: Halpern A, et al. Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial. São Paulo, p. 331-40, 1998.
- Garrido Júnior AB – O Papel da Cirurgia no Tratamento da Obesidade. In: Halpern A, et al. Manual da Obesidade para o Clínico. São Paulo: Roca. p.243-60, 2002.
- Brandalise A, e cols. Tratamento Cirúrgico da Obesidade. Rev Bras Videocir, 2005; 3(2): 60-5.
- Peterson HB, Curtis KM, Jamieson D, Lehnher J, Marchbanks P. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th edition. MMWR Recomm Rep. 2010;59(RR-4):1-86.
- Merhi ZO. Revisiting optimal hormonal contraception following bariatric surgery. Contraception. 2013;87(2):131-3. doi: 10.1016/j.contraception.2012.06.013.
- Mody SK, Han M. Obesity and contraception. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(3):501-7. doi: 10.1097/GRF.0000000000000047.
- Lopez LM, Edelman A, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. Cochrane Database Syst Rev. 2013;7:CD008815. doi: 10.1002/14651858. CD008815.pub3.
- Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. Fertil Steril. 2002;77(2 Suppl 2):S13-8.
- Paulen ME, Zapata LB, Cansino C, Curtis KM, Jamieson DJ. Contraceptive use among women with a history of bariatric surgery: a systematic review. Contraception. 2010 Jul;82(1):86-94. doi: 10.1016/j.contraception.2010.02.008.
- Simmons KB, Edelman AB. Contraception and sexual health in obese women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015;29(4):466-78. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.10.005.

## CORRESPONDÊNCIA

Denise Monteiro  
E-mail: [denimonteiro2@yahoo.com.br](mailto:denimonteiro2@yahoo.com.br) e [denimonteiro2@gmail.com](mailto:denimonteiro2@gmail.com)

## TITULAÇÃO

- Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
- Responsável pelo Ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal do Hospital-Maternidade Fernando Magalhães-SMS-RJ; Mestre em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
- Aluna de mestrado da Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Estado do Rio de Janeiro (PGCM/UERJ).
- Professor Titular do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) - Teresópolis - RJ; Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ).

# FIBROMA OVARIANO BILATERAL EM ADOLESCENTE: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA

## *OVARIAN FIBROMA IN ADOLESCENCE: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW*

THAMY JAY GARCIA<sup>1</sup>, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA<sup>2</sup>, CEZAR NOBORU MATSUZAKI<sup>3</sup>, EDMUND CHADA BARACAT<sup>4</sup>

**Instituição:** Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência.

### RESUMO

O fibroma ovariano é um tumor benigno que acomete mulheres na meia-idade, sendo raro em crianças. Os tumores estromais correspondem de 5-10% de todos os tumores ovarianos, sendo 3-4% fibromas e menos de 1% destes são encontrados em mulheres de 19 anos ou menos. Raramente apresentam sintomas, que em sua maioria são associados aos tumores de maior tamanho. Duas síndromes comumente associam-se aos fibromas: a síndrome de Meigs e a síndrome de Gorlin (ou Gorlin-Goltz) ou Síndrome do Nevo Basocelular. O fibroma ovariano requer tratamento cirúrgico, é uma patologia benigna com recorrência incomum. LN, 13 anos, parda, com quadro de dor abdominal por cerca de 8 meses e massa abdominal palpável. À USG pélvica evidenciava-se uma massa sólida, medindo 8,1 cm x 7,3 cm x 10,8 cm. A paciente foi submetida a uma laparotomia, na qual foi identificado um tumor em ovário direito de 10 cm e dois em ovário esquerdo medindo cerca de 0,7 cm. Foi realizada a exérese dos tumores conservando-se o tecido ovariano. A análise anatomopatológica resultou em leiomiomas. Foi realizada uma busca nas bases de dados online Medline e Embase para encontrar os casos já relatados de fibroma ovariano em crianças e adolescentes, foi encontrado um total de 26 casos, os quais são descritos e analisados neste estudo.

**Palavras chave:** fibroma ovariano, infância, adolescência, adolescente.

### ABSTRACT

Ovarian fibroma is a benign tumor which affects mostly middle-aged woman and are rare in children. Stromal tumors comprise 5-10% of all ovarian tumors, 3-4% of them corresponds to fibromas and less than 1% of these are found in woman aged 19 or less. They rarely exhibit symptoms, and when they do its mostly associated with larger tumors. Two syndromes commonly are associated with ovarian fibromas: Meigs' syndrome and Gorlin (or Gorlin - Goltz ) or Basal Cell Nevus Syndrome. The presence of ovarian fibroma indicates surgical treatment, it is a benign pathology with uncommon recurrence. LN, 13 years, presenting abdominal pain for about 8 months and palpable abdominal mass. Pelvic ultrasonography showed a solid mass, measuring 8,1 cm x 7,3 cm x 10,8 cm. The patient underwent an exploratory laparotomy, in wich was identified a 10 cm right ovary tumor and two 0,7 cm tumors in the left ovary. All tumors were removed conserving most of the ovarian tissue. The pathologic analysis showed leiomyomas. A search was conducted on the online databases Medline and Embase to find reported cases of ovarian fibroma in children and adolescents, it was found a total of 26 cases, which were described and analyzed in this study.

**Keywords:** ovarian fibroma, childhood, teenager

## INTRODUÇÃO

O fibroma ovariano é tumor benigno derivado de células estromais, formado por tecido conectivo composto por colágeno e componentes fibrosos, que acomete mulheres na meia-idade, com a média de incidência aos 48 anos, sendo raro em crianças.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

Os tumores estromais correspondem de 5-10% de todos os tumores ovarianos, sendo 3-4% fibromas e menos de 1% destes são encontrados em mulheres de 19 anos ou menos.<sup>2</sup>

Em sua maioria não há produção hormonal, raramente podem ser virilizantes (produção esteroideal) ou produzirem renina.<sup>1, 2, 5</sup>

O diagnóstico diferencial com tecoma pode ser difícil, já que ambos tem a mesma origem, mas este na maior parte dos casos possui função endócrina (produção estrogênica), além de ser multicelular à microscopia.<sup>1</sup>

Os fibromas ovarianos podem apresentar níveis séricos elevados de CA-125, o que pode gerar dúvida em relação à sua benignidade. Porém sabe-se que este é um marcador inespecífico que pode estar aumentado tanto em malignidades quanto em doenças benignas como cirrose, pancreatite, peritonite, endometriose, miomatose uterina, cistos ovarianos benignos e fibromas ovarianos. Portanto, é importante considerar as características e achados radiográficos nestes casos para o diagnóstico preciso.<sup>4</sup>

Os fibromas caracterizam-se como massas ovarianas sólidas com baixo fluxo ao ultrassom com Doppler e baixa intensidade na tomografia computadorizada. Na ressonância magnética há baixo sinal em T1 e T2 e baixa intensidade com contraste.<sup>4</sup>

São unilaterais em 90% dos casos. Ocorre calcificação em aproximadamente 10% dos casos de fibromas.<sup>2, 6</sup>

Raramente apresentam sintomas gastrointestinais ou geniturinários crônicos. Quando associado à ascite e derrame pleural ipsilateral caracteriza-se a síndrome de Meigs, a qual ocorre em aproximadamente 1% dos casos de fibroma, sendo mais frequente em paciente por volta dos 50 anos, e rara antes dos 30 anos.<sup>1, 2, 4, 6, 8</sup>

Mesmo não compondo a Síndrome de Meigs, 10-15% dos fibromas ovarianos apresentarão ascite associada, principalmente nos casos de tumores grandes (50% das mulheres adultas com tumores maiores de 5 cm de diâmetro).<sup>1, 4, 6</sup>

Nos casos com presença de ascite ou derrame pleural os mesmos tendem a resolver-se após ressecção tumoral.<sup>4</sup>

É possível, ainda, apresentar sintomas agudos se houver torção ou necrose e hidroureteronefrose com um grande tamanho tumoral.<sup>7</sup>

Outra síndrome que pode associar-se aos fibromas é a Síndrome de Gorlin (ou Gorlin-Goltz) ou Síndrome do Nevo Basocelular, rara (incidência 1/50.000-150.000) e caracteriza-se por múltiplos carcinomas basocelulares, meningiomas, meduloblastomas, fibromas ovarianos, cistos de mandíbula, calcificações intracranianas, espinha bífida, dentre outras possíveis anormalidades de diferentes órgãos e sistemas.<sup>1, 3, 5</sup> É uma desordem, mais frequentemente herdada, autossômica dominante de alta penetrância e expressão variável gerando diferentes espectros da doença, mas a mutação pode também ser adquirida ao acaso, localizada no gene PTCH, um supressor tumoral encontrado no cromossomo 9q22.3, responsável pela produção de uma glicoproteína transmembrana responsável pela regulação do ciclo celular (controle de diferenciação e proliferação celular).<sup>1, 3</sup>

Estima-se que 15-25% das pacientes com diagnóstico de Gorlin vão apresentar fibromas ovarianos, os quais tendem a ser bilaterais e mais frequentemente calcificados, diferente dos fibromas esporádicos. Há grande chance de recorrência se não for feito tratamento com ooforectomia bilateral.<sup>3, 5</sup>

O fibroma ovariano requer tratamento cirúrgico, embora sua malignização seja rara podem ocorrer fibrosarcomas e leiomiomas, na suspeita deve-se realizar biópsia de congelação e, se confirmada malignidade, ooforectomia.<sup>4, 5</sup>

Ao excluir malignidades é indicada a cirurgia conservadora, com excisão do fibroma apenas. É importante manter a fertilidade das pacientes, principalmente das crianças e adolescentes, com preservação da maior quantidade possível de tecido ovariano.<sup>3, 4, 5</sup>

A recorrência é incomum, mas deve ser considerada, com maior risco se houver ressecção incompleta ou rotura da cápsula do tumor durante a cirurgia, facilitando a recorrência local. Não há evidência de aumento do risco de malignidade na recorrência.<sup>4, 5, 8</sup>

Sugiyama et al recomenda controle pós-operatório com ultrassonografia pélvica a cada 6-12 meses para pacientes jovens.<sup>4</sup>

## RELATO DE CASO

LN, 13 anos, parda, com quadro de dor abdominal por cerca de 8 meses, com melhora com uso de anti-inflamatório não hormonal. Ao exame abdominal era possível palpar uma massa tumoral de consistência fibroelástica, fixa e dolorosa à mobilização, com limite superior a 8,0 cm da sínfise púbica e perdendo-se inferiormente na escava pélvica.

Relatou desenvolvimento psicomotor normal desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários, com telarca aos 11 anos e pubarca, axilarca e menarca aos 12 anos, eumenorreica e informou ser virgem. Ao exame ginecológico mamas simétricas em estágio III de Tanner, órgãos genitais

externos normais para sexo e idade estágio IV de Tanner, com hímen íntegro.

Como antecedentes pessoais informou que fazia seguimento na Clínica de Endocrinologia do HCFMUSP, por estatura elevada e já teve alta. Na família a mãe era diabética.

De exames laboratoriais o beta-HCG foi negativo e hemograma, androgênios, estrogênios, glicemia, ureia e creatinina estavam normais. A dosagem do CA125 estava em níveis normais.

A ultrassonografia pélvica por via transabdominal teve o seguinte laudo: Bexiga sem alterações; útero de forma e ecotextura preservadas medindo 6,3 x 2,4 x 3,0 cm. Eco endometrial centrado, homogêneo, com espessura normal. Ovário direito medindo 4,6 x 3,3 x 3,0 cm. Ovário esquerdo medindo 3,6 x 1,1 x 1,8 cm. Observa-se massa sólida, arredondada, heterogênea, hipocogênica com pontos hiperecogênicos, contornos regulares, medindo 8,1 x 7,3 x 10,8 cm, em íntimo contato com o fundo do útero. O aspecto ultrasonográfico sugere o diagnóstico de mioma.

Para melhor caracterização da massa foi feita uma tomografia computadorizada com o seguinte laudo: massa com coeficientes de atenuação líquidos e sólidos no seu interior e medindo 10 x 9,0 cm nos maiores eixos, localizada anteriormente ao corpo uterino e estendendo-se superiormente até o hipogástrio. Ovários não caracterizados. Ausência de adenomegalias ou ascite. Alterações sugestivas de tumor de ovário.

A paciente foi submetida a laparotomia, na qual foi identificado um tumor com 10,0 cm no maior eixo, sólido e com superfície regular, fixo entre a pube e o útero, com pedículo inserido no ovário direito. Ovário esquerdo de volume pouco aumentado à custa de dois nódulos duros e arredondados medindo cerca de 0,7 cm. Foi realizada a exérese dos tumores conservando-se ambos os ovários já que a análise por congelação caracterizou tumores benignos. Não houve intercorrências no intra ou no pós-operatório.

A análise anatomopatológica em parafina resultou em leiomioma com degeneração isquêmica e focos de calcificação em ovário direito e dois leiomiomas e um cisto folicular hemorrágico em ovário esquerdo.

A paciente realizou controle ambulatorial durante sete anos, assintomática e com ultrassonografia pélvica normal, recendo alta do serviço após este período.

## DISCUSSÃO

Foi realizada uma busca nas bases de dados online Medline e Embase para encontrar os casos já relatados de fibroma ovariano em crianças e adolescentes, utilizando-se os descritores “fibroma ovariano” e “fibromas ovarianos”. Foi realizada ainda uma revisão das referências dos trabalhos encontrados para encontrar mais casos inicialmente não incluídos na pesquisa. No total foram encontrados 26 casos publicados na literatura (Tabela 1).

**Tabela 1.** Casos de fibroma ovariano na infância e adolescência na literatura

Caso	Autor	Ano de publicação	Idade	Localização	Número	Maior diâmetro do(s) tumor(es)	Associação com síndromes
1	Charache H <sup>(9)</sup>	1959	3 anos	Unilateral*	NI	NI	Ausente
2	Bower J <sup>(10)</sup>	1967	5 anos	Bilateral	NI	NI	Ausente
3	Rater CJ <sup>(11)</sup>	1968	5 anos	Unilateral	1	NI	Síndrome de Gorlin
4	Junaid TA <sup>(12)</sup>	1972	3 anos	Unilateral*	NI	NI	Múltiplos meningiomas cutâneos
5	Dumont-Herskowitz RA <sup>(13)</sup>	1978	3 anos	Unilateral à esquerda	1	5 cm	Antecedente familiar
6	Dumont-Herskowitz RA <sup>(13)</sup>	1978	11 anos	Bilateral	1 em cada anexo	Pequeno (NI) à direita 17 cm à esquerda	Antecedente familiar
7	Dumont-Herskowitz RA <sup>(13)</sup>	1978	16 anos	Bilateral	1 em cada anexo	Grandes (NI)	Antecedente familiar
8	Dumont-Herskowitz RA <sup>(13)</sup>	1978	14 anos	Bilateral	1 em cada anexo	Grande (NI) à esquerda Pequeno (NI) à direita	Antecedente familiar
9	Raggio M <sup>(14)</sup>	1983	7 anos	Bilateral	NI	NI	Síndrome de Gorlin

Continua

Continuação

Caso	Autor	Ano de publicação	Idade	Localização	Número	Maior diâmetro do(s) tumor(es)	Associação com síndromes
10	Johnson AD <sup>(15)</sup>	1986	3,5 anos	Bilateral	Múltiplos à direita 1 à esquerda	Pequenos (NI) cm à direita 4,2 cm à esquerda	Síndrome de Gorlin
	Recorrência		9 anos	Unilateral à direita	1	8 cm à direita	
11	Howell CJ <sup>(16)</sup>	1990	8 anos	Bilateral	1 em cada anexo	9 cm à direita 6 cm à esquerda	Ausente
12	San Marco <sup>(17)</sup>	1991	16 anos	Bilateral	1 em cada anexo	Grande (NI) à direita Pequeno (NI) à esquerda	Ausente
12	Laufer L <sup>(18)</sup>	1996	12 anos	Unilateral à esquerda	1	18 cm	Ausente
13	Ross D <sup>(19)</sup>	1999	15 anos	Unilateral*	NI	NI	Gestante
14	Chan CY <sup>(20)</sup>	2000	13 anos	Unilateral*	NI	20 cm	Síndrome de Meigs
15	Seracchioli R <sup>(6)</sup>	2001	17 anos	Bilateral	9 (total)	15 cm	Síndrome de Gorlin
16	Lim SC <sup>(21)</sup>	2001	17 anos	Bilateral	1 em cada anexo	17 cm à direita 14 cm à esquerda	Ausente
17	Smith LM <sup>(22)</sup>	2002	12 anos	Unilateral à direita	1	20 cm	Síndrome de Gorlin
18	Seracchioli R <sup>(23)</sup>	2003	16 anos	Bilateral	NI	NI	Síndrome de Gorlin
19	Chen YU <sup>(1)</sup>	2004	7 meses	Unilateral à direita	1	7,6 cm	Ausente
20	Güney M <sup>(7)</sup>	2006	17 anos	Unilateral à direita	1	15 cm	Ausente
21	Stallings CL <sup>(2)</sup>	2008	15 anos	Unilateral à esquerda	1	19 cm	Doença de Hodgkin (subtipo esclerose nodular)
22	Ball A <sup>(3)</sup>	2011	15 anos	Bilateral	10 em cada anexo	7 cm	Síndrome de Gorlin
23	Morse CB <sup>(5)</sup>	2011	15 anos	Bilateral	9 à direita 8 à esquerda	7,8 cm	Síndrome de Gorlin
24	Koo YJ <sup>(24)</sup>	2011	14 anos	Bilateral	1 em cada anexo	1,5 cm à direita 9 cm à esquerda	Ausente
25	Sugiyama A <sup>(4)</sup>	2011	12 anos	Unilateral à esquerda	1	11 cm	Ausente
26	Monteiro SB <sup>(8)</sup>	2012	13 anos	Unilateral à direita	1	19 cm	Síndrome de Meigs
27	Caso relatado	2014	13 anos	Bilateral	1 à direita 2 à esquerda	10 cm à direita 0,7 cm à esquerda	Ausentes

\* Lateralidade não informada

# NI - Não informado

A idade das pacientes nos casos encontrados variou entre 7 meses e 17 anos, sendo 10 casos em crianças e 18 em adolescentes (de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define entre 10 anos e 19,11 meses (20 anos incompletos), com apenas um caso com recorrência.

Com relação à associação com síndromes: 4 casos apresentaram relação familiar, 1 com presença de múltiplos meningiomas cutâneos, 8 associados com síndrome de Gorlin, 1 com doença de Hodgkin, 2 com síndrome de Meigs, 1 com gestação e 11 sem nenhuma associação a síndromes ou doenças.

Os relatos encontrados foram publicados entre os anos 1959 e 2013.

No caso que aqui relatamos não foram encontradas alterações laboratoriais ou clínicas que sugerissem produção hormonal tumoral, o que concorda com o relato de que estes tumores raramente produzem hormônios.<sup>1, 2, 5</sup>

Também não estavam presentes nenhum dos estigmas da síndrome de Gorlin, embora a paciente em questão apresentasse fibromas bilaterais e calcificados, características frequentes na síndrome.<sup>3, 5</sup>

Como nossa paciente tinha tumores bilateralmente, buscamos esse dado na literatura consultada e encontramos 13 relatos de fibromas unilaterais e 14 bilaterais. Mesmo excluindo-se os casos com síndrome de Gorlin, encontramos mantida a proporção de casos unilaterais (9) e bilaterais (10) diferente do esperado na literatura, que relata unilateralidade em 90% dos casos.<sup>2</sup>

Embora os fibromas raramente apresentem sintomas, no caso da nossa paciente a mesma queixava-se de dor, provavelmente devido à localização do tumor maior que exercia compressão de estruturas vizinhas, conforme sugerido por outros estudos.<sup>4, 6, 7</sup>

Em nossa paciente, como a biópsia por congelação resultou em tumor benigno optamos por realizar apenas exérese dos fibromas, preservando a fertilidade da paciente, como preconiza a literatura.<sup>3, 4, 5</sup>

Conforme é recomendado pela literatura<sup>4</sup>, nossa paciente fez seguimento ultrassonográfico anual e não houve recidiva.

Há evidências de que a presença de um fibroma prévio pode interferir no desenvolvimento folicular, dificultando a fertilidade no futuro, no entanto nossa paciente manteve ciclos menstruais regulares durante o seguimento, o que sugere preservação da função ovariana.<sup>5</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chen YJ, Hsieh CS, Eng HL, Huang CC. Ovarian fibroma in a 7-month-old infant: a case report and review of literature. *Pediatr Surg Int* 2004; 20:894-897.
- Stallings CL, Shehata BM, Wang J, et al. Unusual presentation of ovarian cellular fibroma coexisting with nodular sclerosin Hodgkin's disease: a case report and review of the literature.
- Ball A, Wenning J, Eyk NV. Ovarian fibromas in pediatric patients with basal cell nevus (Gorlin) syndrome. *Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24: e5-e7.
- Sugiyama A, Urushihara N, Fukumoto K et al. Ovarian fibroma with marked ascites and elevated serum levels of CA-125 in a young girl. *Journal of Pediatr Surg* 2011; 46:1001-1004.
- Morse CB, McLaren JF, Roy D et al. Ovarian preservation in a young patient with Gorlin syndrome and multiple bilateral ovarian masses. *Fertil & Steril* 2011; 96(1):e47-e50.
- Seracchioli R, Bagnoli A, Colombo FM, et al: Conservative treatment of recurrent ovarian fibromas in a young patient affected by Gorlin syndrome. *Hum Reprod* 2001; 16:1261e3.
- Güney M, Özsoy M, Oral B, et al. Unilateral primary ovarian leiomyoma in adolescent: a case report. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275:507-510.
- Monteiro SB, Costa A, Paiva V. Mitotically active cellular ovarian fibroma with Meigs' syndrome and elevated CA-125: towards fertility preservation. *Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25:e107-e109.
- Charache H. Ovarian tumors in childhood. *AMA Arch Surg* 1959; 79:573-580.
- Bower J, Erickson ER. Bilateral ovarian fibromas in a 5-year-old. *Am J Obstet Gynecol*, 1967; 99:880-882.
- Rater CJ, Selke AC, Van Epps EF. Basal cell nevus syndrome. *Basal cell nevus syndrome. Am J Roentgenol*, 1968; 103:589-594.
- Junaid TA, Nkposong EO, Kolawole TM. Cutaneous meningiomas and an ovarian fibroma in a three-year-old girl. *J Pathol*, 1972; 108:165-167.
- Dumont-Herskowitz RA, Safaii HS, Senior B. Ovarian fibromata in four successive generations. *J Pediatr*, 1978; 93:621-624.
- Raggio M, Kaplan AL, Harberg JF. Recurrent ovarian fibromas with basal cell nevus syndrome (Gorlin syndrome). *Obstet Gynecol*, 1983; 61 (suppl):95-96.
- Johnson RL, AL, Xie J, et al. Human homolog of patched, a candidate gene for the basal cell nevus syndrome. *Science*, 1996; 72:1668-1671.
- Howell CJ, Rogers DA, Gable DS; Bilateral ovarian fibromas in children. *J Pediatr Surg*, 1990; 25:690-691.
- San Marco L, Londero F, Stefanutti V, Costa L, Rocco M. Ovarian leiomyoma. Case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1991;18:145-8.
- Läufer L, Barki Y, Mordechay Y, et al. Ovarian fibroma in a prepubertal girl. *Pediatr Radiol*, 1996; 26:40-42.
- Ross D, Gold MA, Sienko AE, et al. Large ovarian cellular fibroma during pregnancy mimicking a lipid cell tumor. *J Okla State Med Assoc* 1999;92:215-8.
- Chan CY, Chan SM, Liauw L. A large abdominal mass in a young girl. *Br J Radiol* 2000;73:913-4.
- Lim SC, Jeon HJ. Bilateral primary ovarian leiomyoma in a young woman: case report and literature review. *Gynecol Oncol* 2004;95:733-5.
- Smith LM, Hu P, Meyer LJ, et al: Complex karyotypic abnormality in ovarian fibroma associated with Gorlin syndrome. *Am J Med Genet* 2002; 112:61e4.
- Seracchioli R, Colombo FM, Bagnoli A, et al: Primary ovarian leiomyosarcoma as a new component in the nevoid basal cell carcinoma syndrome: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1093e5.
- Koo YJ, Cho YJ, Kim JY, et al. Ovarian leiomyoma as potential cause of compromised fertility. *Fertil & Steril* 2011; 95(3):e11-e14

## CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Macedo Almeida  
E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

## TITULAÇÃO

- Médica Residente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Médico Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Médico Assistente do setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Professor Titular da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

## Contraceptivo oral reduz as concentrações plasmáticas de metaloproteínase em mulheres com síndrome de ovário policístico

**UNIVADIS 17/04/2015**

Marcadores bioquímicos de doença cardiovascular, incluindo metaloproteínases de matriz (MMPs), são alterados em mulheres com síndrome do ovário policístico (PCOS), e pensa-se que muitas dessas alterações ocorrem devido a concentrações excessivas de andrógenos. Apesar de contraceptivos orais (OCs) serem o tratamento farmacológico de primeira linha em mulheres com PCOS e a importância das MMPs em muitas condições fisiológicas e estados patológicos, incluindo doenças cardiovasculares, nenhum estudo avaliou ainda se os OCs alteram as concentrações plasmáticas de MMPs.

Avaliamos, portanto, se o tratamento com um OC que contém o progestágeno antiandrogênico altera os perfis de MMP em mulheres com síndrome do ovário policístico.

Analisamos 20 mulheres com PCOS que desejavam contracepção hormonal (grupo OC-PCOS), 20 mulheres ovulatórias que necessáram contracepção hormonal (grupo de OC-controle) e 20 mulheres em ciclos ovulatórios que desejavam contracepção não hormonal (grupo de controle não-OC). O OC consistia no uso cíclico de 2 mg de acetato de clormadinona/30 µg de etinilestradiol por 6 meses.

As concentrações plasmáticas de MMP-2, MMP-9, TIMP-1 e TIMP-2 foram medidas por zimografia de gelatina ou imunoenaios ligados a enzimas. O tratamento com OC por 6 meses significativamente reduziu as concentrações plasmáticas de MMP-2 nos grupos de OC-controle e OC-PCOS e níveis de concentrações de TIMP-2 e TIMP-1 no grupo de OC-controle (todos os  $p < 0,05$ ), mas não teve nenhum efeito sobre as concentrações de MMP-9 ou nos ratios de MMP-9/TIMP-1 e MMP-2/TIMP-2 em qualquer grupo (todos os  $p > 0,05$ ).

Estes resultados indicaram que o tratamento a longo prazo com um OC contendo acetato de clormadinona mais etinilestradiol reduziu as concentrações plasmáticas de MMP-2 em ambas as mulheres saudáveis e com PCOS. Como estes últimos têm desequilíbrios na circulação de MMPs, o tratamento dessas mulheres com um OC pode ser benéfico.

### Referências

Gomes VA et al, Oral contraceptive containing chlormadinone acetate and ethinylestradiol reduces plasma concentrations of matrix metalloproteinase-2 in women with polycystic ovary syndrome. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2012 Sep; 111(3):211-6. doi: 10.1111/j.1742-7843.2012.00895.x.

## Caros leitores

A Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (Sogia-BR), em parceria com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul (Sogomat-Sul), realizará o XIV Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência e o XXXI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul, no período de 25 a 28 de maio de 2016, no Centro de Convenções Arquitecto Rubens Gil de Camilo, em Campo Grande (MS).

A busca de aperfeiçoamento e atualização científica reunirá ginecologistas, obstetras e outros profissionais de saúde, de todas as regiões do Brasil, e o evento contará com os mais conceituados professores dos melhores serviços da especialidade.

Constitui-se, portanto, em oportunidade ímpar para que os profissionais de todo o País tenham acesso a informações e discussões sobre temas relevantes, com uma programação científica de alto nível.

Aliado a isso, temos o atrativo de nossa região, abençoada com duas maravilhas da natureza: Bonito, com suas grutas e águas cristalinas, e o Pantanal, santuário ecológico de fauna e flora exuberantes.

Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, a “capital dos ipês”, sede do nosso Congresso, é uma cidade moderna, com largas avenidas arborizadas. Possui três faculdades de Medicina e é dotada de Centro de Convenções, excelente rede hoteleira, ótimos restaurantes, além de ser o ponto de partida dessa jornada de saber e encantamento.

Campo Grande espera por vocês de braços abertos!

**Tatiana Serra**

*Presidente do Congresso da Sogia-BR*



## VERSOS LIVRES VIII

**Marcelino R Poli**

*Infelizmente, verdadeira.*

Menina de treze anos,  
Pelos destinos da vida  
Cedo, órfã ficou  
E as drogas adotou.  
Foi, por isso,  
Internada e criada  
Na instituição especializada.  
Lá foi acolhida, tratada e educada,  
Cercada de monitores,  
Cuidadores.  
Também homens  
Com carne, ossos e hormônios.  
Ela exibia a exuberância  
Da puberdade adiantada,  
Quase completa.  
Corpo perfeito,  
Provocante.  
Hormônios ferventes  
Qual fêmea no cio,  
Deixava os funcionários estonteados  
Desafiados  
Perturbados.  
Com preparo precário,  
Desavisado,  
E pela beleza dela embriagado,

Um deles em tentação caiu  
E a menina,  
Ainda meio criança,  
Gestante ficou.  
Apesar de tudo,  
Ainda inocente,  
Era desligada  
E desinformada  
Desses fenômenos biológicos  
Próprios da reprodução.  
O que lhe acometia, não registrou,  
Não se apercebeu.  
O tempo passou  
E aquilo que ninguém notava  
Tornou-se evidente.  
E a condição se revelou,  
Na imensidão da barriga.  
Imatura,  
A futura mãe,  
O filho, que no seu ventre crescia,  
Não desejou,  
Rejeitou até nascer,  
E ver seu rostinho lindo,  
Escutar seu chorinho  
E ver brilharem seus olhinhos.

Como, assim, depois relatou,  
Por ele se apaixonou  
E passou a desejar  
Com paixão e entusiasmo,  
Cria-lo, vê-lo crescer  
E a ele dedicar  
Seu amor materno,  
Carinho e zelo.  
Mas, um certo juiz,  
Do alto de sua meritíssima prepotência  
e arrogância,  
Demonstrando, também, ignorância,  
Mas com todo o poder que lhe é  
natural,  
Não a permitiu realizar  
O sentimento maternal,  
Que, embora um pouco tardio,  
Na alma lhe irrompera.  
Dela o filho apartou,  
E o entregou para adoção.  
A menina-mãe chorou, chorou,  
chorou...  
E nova gravidez desejou,  
Para preencher o vazio que ficou.

**XIV**  
CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E  
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

**XXXI**  
CONGRESSO DE GINECOLOGIA E  
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL

**2016**  
**25 a 28**  
**de maio**

Centro de Convenções Rubens Gil de Camilo - Parque dos Poderes  
Campo Grande - MS

**XIV**  
CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E  
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

**XXXI**  
CONGRESSO DE GINECOLOGIA E  
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL

Campo Grande - MS



Planejada e arborizado, a capital do Mato Grosso do Sul é um mix de culturas.

É uma das principais cidades de turismo de eventos, turismo rural e de eventos.

Das tribos indígenas da região chega o belo artesanato, repleto de peças de cerâmica de madeira, além das coloridas tapeçarias. Já do país vizinho, o Paraguai, a influência é gastronômica. Para acompanhar, muito tereré, um tipo de mate gelado. Também incrementam a cozinha regional os pratos japoneses, herança dos imigrantes que vieram do outro lado do mundo no início do século 20.

**XIV**

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

**XXXI**

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL



**Bonito - MS**



Não há melhor adjetivo para o nome da cidade que é um dos principais polos de ecoturismo do Brasil.

Aqui, a natureza presenteia seus visitantes com rios cristalinos para flutuação, relaxamento e diversas atividades esportivas, envolvidos por belas e preservadas áreas verdes. Diversas cavernas submersas estão espalhadas por Bonito, mas uma delas se destaca: a Gruta do lago Azul, composta de minerais raros, diferentes formações rochosas e um lago de águas azuis que ficarão na sua memória.

Prepare um bom calçado, a máquina fotográfica e explore esse paraíso!

**XIV**

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

**XXXI**

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL



**Estamos te esperando**



Temos um encontro marcado em Campo Grande - MS

**25 a 28 de maio de 2016**

# Delegados da SOGIA-BR

## RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter [lherrerter@terra.com.br](mailto:lherrerter@terra.com.br)  
Marcelino H. Poli [mepoli@terra.com.br](mailto:mepoli@terra.com.br)

## SANTA CATARINA

Fabiana Troian [fatroian@yahoo.com.br](mailto:fatroian@yahoo.com.br)  
Ivana Fernandes [ivanafernandes@hotmail.com](mailto:ivanafernandes@hotmail.com)

## MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz [tatianasc@terra.com.br](mailto:tatianasc@terra.com.br)

## DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. [josedo@terra.com.br](mailto:josedo@terra.com.br)

## SÃO PAULO

Ribeirão Preto: Rosana Maria dos Reis [ramareis@fmrp.usp.br](mailto:ramareis@fmrp.usp.br)  
São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai  
[elaghai@uol.com.br](mailto:elaghai@uol.com.br)

## RIO DE JANEIRO

Filomena Aste Silveira [femena@uol.com.br](mailto:femena@uol.com.br)  
Elaine Pires [elainepiresba@yahoo.com.br](mailto:elainepiresba@yahoo.com.br)

## ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha [ricardo.cristiano@yahoo.com.br](mailto:ricardo.cristiano@yahoo.com.br)

## MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis [joatadeu@seven.com.br](mailto:joatadeu@seven.com.br)  
Claudia Lucia Barbosa Salomão  
[ginecoinfantopub@yahoo.com.br](mailto:ginecoinfantopub@yahoo.com.br)

## BAHIA

Márcia Cunha Machado [marciascmachado@uol.com.br](mailto:marciascmachado@uol.com.br)

## CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães  
[mariadelourdes@uol.com.br](mailto:mariadelourdes@uol.com.br)

## MARANHÃO

Erika Krogh [erikakrogh@yahoo.com.br](mailto:erikakrogh@yahoo.com.br)

## Normas e instruções para publicação em nossa revista

### Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, dirigido aos médicos e profissionais de áreas afins que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos originais que versem sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol.

Os trabalhos devem ser encaminhados **preferencialmente** para o e-mail do editor [josealcione.almeida@gmail.com](mailto:josealcione.almeida@gmail.com) acompanhados de autorização assinada por todos os autores ou e-mail dos mesmos, para sua publicação na Revista da SOGIA-BR.

Quando for encaminhado pelo correio deve ser gravado em CD com duas cópias em papel, para o endereço da SOGIA constante na primeira página da Revista.

Quando enviado por e-mail, a autorização para a publicação assinada pelos autores é dispensada desde que conste o endereço eletrônico dos mesmos, para contato pela comissão editorial.

Todos os artigos recebidos serão submetidos à análise pela comissão editorial. Os que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos com as orientações para as devidas correções.

A revista publica artigos das categorias **Artigo Original**, **Artigo de Revisão** e **Relato de Caso** e uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

Na seção notícias podem ser publicadas cartas aos editores, bem como notícias sobre assuntos de interesse para os leitores, desde que a comissão editorial considere pertinente.

À comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos. Os conceitos e opiniões contidos no texto são da inteira responsabilidade dos autores.

### Normas para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores. Quando se tratar de pesquisas multicêntricas, devem ser citados os autores responsáveis e os outros autores devem ser citados como colaboradores.
2. O texto do Trabalho (Original, Trabalho de Atualização e Relato de Caso) deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times

New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 16 páginas, sendo que no Relato de Caso Clínico 3 a 6 páginas são suficientes. Esse número máximo de páginas, quando ultrapassado por absoluta necessidade, pode ser reconsiderado pela comissão editorial.

3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (escrever Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (**OMS**, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, incluindo a função ou cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Aconselha-se a identificação da instituição onde o trabalho se desenvolveu. O endereço para correspondência deve constar o nome completo do autor e e-mail.
6. O corpo de **Trabalho de Investigação** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusões.
7. O corpo de **Trabalho de Atualização ou Revisão** deve ser desenvolvido nos mesmos moldes: introdução, métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão ou comentários.
8. O corpo de **Trabalho Relato de Caso Clínico** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução (revisão objetiva da literatura), métodos (como selecionou os trabalhos citados), Relato do Caso, discussão ou comentários. Quando couber, podem ter conclusões no final da discussão.
9. Todos os trabalhos devem conter **Resumo com palavras chaves** e **Abstract com keywords** e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada.
10. Gráficos e tabelas devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
11. Referências bibliográficas: não ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, **por ordem de citação no texto**. No texto as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: **Puberdade Precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças**<sup>1</sup>. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas, no final do texto.